



FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

SEÑOR CONTRATISTA

Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, Si usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

2024112703114082343901

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. CC	PRIMER APELLIDO	VENERA
No. DE DOCUMENTO	SEGUNDO APELLIDO	GIL
1140823439		
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MARIA
JENIFFER		
* FECHA NACIMIENTO	SEXO	NACIONALIDAD
AÑO 1989 MES 07 DÍA 24	M F	COLOMBIA
EPS ACTUAL	AFP ACTUAL	PROTECCION
SUSALUD - SURA - SURAMERICANA E.P.		
DIRECCIÓN RESIDENCIA		
KR 45 85 154		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	BARRANQUILLA (DISTRITO)
ATLANTICO		
CELULAR O TELÉFONO FIJO	CORREO ELECTRÓNICO	JENIFFERVENERA24@HOTMAIL.COM
3164900680		

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO:	ADMINISTRATIVO	COMERCIAL	CIVIL	PÚBLICO	PRIVADO	SUMINISTRO DE TRANSPORTE	SI	NO
* FECHA INICIO	AÑO 2024 MES 11 DÍA 26	* FECHA DE TERMINACIÓN	AÑO 2024 MES 12 DÍA 31	No. DE MESES	1			
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	DE 06:00 AM HASTA 06:00 PM
VALOR TOTAL	\$5250000	VALOR MENSUAL	\$5250000	* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	\$2100000			
* ACTIVIDAD A EJECUTAR	ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO, INCLUYE LAS ACTIVID	CÓDIGO	3869101	ISO ARL				
CARGO U OCUPACIÓN	MICROBIÓLOGO	TAXISTA	SI	NO				
DIRECCIÓN	CL 34 43 31							
DEPARTAMENTO	ATLANTICO	MUNICIPIO	BARRANQUILLA (DISTRITO)					

III. INFORMACION DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.

* ENTIDAD CONTRATANTE	TIPO DOC. NI	DV	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	ALCALDIA DE BARRANQUILLA, DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO
No. DE DOCUMENTO	890102018	1		
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	1841201	DE ARL		
DIRECCIÓN PRINCIPAL	CL 34 43 31 ED ALCALDIA DE BARRANQUILLA			
DEPARTAMENTO	ATLANTICO	MUNICIPIO	BARRANQUILLA (DISTRITO)	
TELÉFONO	3399106	FAX		
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO	TIPO DOC. CC	PRIMER APELLIDO	FERNANDEZ	
No. DE DOCUMENTO	32774806	SEGUNDO APELLIDO	IGLESIAS	
PRIMER NOMBRE	MARIA	SEGUNDO NOMBRE	TERESA	

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERIDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

Formulario Firmado Electrónicamente / 2024-11-28 / 13:38:42

* JENIFFER MARIA VENERA GIL

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA

3869101

CLASE DE RIESGO

3

TARIFA

2,43600

* LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE



A. Declaro que Positiva Compañía de Seguros S.A. (la "Compañía") me ha informado que el Aviso de Privacidad y el manual de tratamiento de Datos Personales se encuentra publicado en <https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/Paginas/default.aspx>

B. Declaro que he sido informado que la Compañía podrá recolectar, almacenar, usar, procesar, transmitir, o transferir (el "Tratamiento"), la información vinculada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Personales"), para las siguientes finalidades, entre otras: (a) Prestar los servicios de la Compañía de acuerdo con las necesidades particulares de sus clientes, con el fin de brindar los servicios y productos pertinentes; (b) Cumplir los contratos de servicios celebrados con los clientes, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de afiliaciones y suscripciones y del vínculo existente entre los beneficiarios de las pólizas y los asegurados; (c) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor financiero a la Compañía, incluyendo sin limitarse al diligenciamiento de las respectivas solicitudes de seguro y de afiliación a la administración de riesgos laborales, así como cualquier otro necesario para su vinculación a la Compañía; (d) El envío del clausulado o condicionado de las pólizas de seguro y/o del contrato de afiliación a la administración de riesgos laborales de la Compañía a los clientes, en virtud de lo señalado en el artículo 37 de la Ley 1480 de 2011 (Estatuto del Consumidor) o las normas que la modifiquen o adicionen; (e) Realizar los procesos de cotización, colocación y ejecución de los seguros de la Compañía, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de la capacidad de pago del tomador del seguro; (f) El proceso relativo al trámite, pago y reembolso de siniestros y a la cancelación y revocación del seguro; (g) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros; (h) Realizar el análisis de riesgos de las solicitudes de seguros o de afiliación a la administración de riesgos laborales que realicen los clientes de la Compañía, con el fin de hacerles recomendaciones para optimizar las pólizas o respecto de otro tipo de seguros que requieran u obtengan los clientes; (i) Realizar las actividades encaminadas a la gestión integral del seguro contratado con el fin de garantizar que los derechos de los clientes siempre sean representados y/o preservados; (j) Enviar información y ofertas comerciales de productos de la Compañía, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a prestar u ofrecer la Compañía; (k) Elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por la Compañía; (l) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables de la Compañía, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (m) La transmisión de datos a terceros con los cuales se hayan celebrado contratos con este objeto, para fines comerciales, administrativos y/u operativos, incluyendo, pero sin limitarse a la expedición de carnets, de certificados y certificaciones a los clientes y/o a terceros, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (n) Verificar información jurídica, financiera y técnica en procesos contractuales que adelante la Compañía o terceros; (ñ) Procesos al interior de la Compañía, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (o) Las demás finalidades que determinen los Responsables en procesos de obtención de Datos Personales para su Tratamiento, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones legales y regulatorias, así como a las políticas de la Compañía; (p) El proceso de archivo, de actualización de los sistemas y de protección y custodia de información y de bases de datos de la Compañía; (q) Adelantar campañas de actualización de datos; (r) El envío de las modificaciones a las Políticas, así como la solicitud de nuevas autorizaciones para el Tratamiento de los Datos Personales.

C. De acuerdo a lo anterior, declaro que autorizo a la Compañía, sus filiales, vinculadas, controladas, y/o terceros contratados por la Compañía para la ejecución de sus obligaciones contractuales, para el Tratamiento de mis Datos Personales, para las finalidades anteriormente informadas, que se encuentran descritas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, y en el marco de lo establecido en la normatividad vigente, particularmente en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y la Ley 1266 de 2008, y todas aquellas que las modifiquen, adicionen, supriman o reglamenten, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales. ☒ Sí ☐ No

D. Datos Sensibles: Declaro que he sido informado que la siguiente información es considerada como Datos Sensibles en el marco del presente Contrato: la información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco-obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que la Compañía pueda recolectar, solicitar, consultar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar, y en general, realizar el Tratamiento de mis datos sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales, e informo que se ha manifestado que los mismos no serán usados para fines distintos a los informados y que en todo caso no podrán ser usados para fines comerciales. Así mismo, autorizo a la Compañía para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. ☒ Sí ☐ No

E. Declaro y acepto que la Compañía podrá llevar a cabo la transferencia, transmisión, traslado, entrega, y/o divulgación de los Datos Personales a terceros autorizados por mí o por la ley, físicamente, por correo electrónico, o por cualquier medio de comunicación, cuando así se requiera en el cumplimiento de sus deberes legales y/o contractuales, manteniendo siempre los debidos estándares de reserva y seguridad sobre los mismos.

F. Declaro que he sido informado que el Responsable del Tratamiento de los Datos Personales, es Positiva Compañía de Seguros S.A., la cual podrá ser contactada a través de:

Dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 – 72 Vicepresidencia de Operaciones - Grupo de Servicio al Cliente. Edificio Positiva Compañía de Seguros, Bogotá D.C.

Correo Electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co

Teléfono: 3307000 en Bogotá y 018000111170 para el resto del país.

Contacto Proceso PQRD.

- G. Declaro y acepto que la Compañía me ha informado sobre mis derechos como titular de los Datos Personales, los cuales son:
- Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
 - Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.
 - Ser informado, por el responsable del Tratamiento o el encargado del Tratamiento, cuando así se lo solicite, sobre el uso que le ha dado a los Datos Personales.
 - Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
 - Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, previa verificación por parte de la autoridad competente.
 - Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
 - Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de BARRANQUILLA (DIS) a los (28) días del mes de noviembre del año 2024

Formulario Firmado Electrónicamente / 2024-11-28 / 13:38:42

JENIFFER MARIA VENERA GIL

Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

JENIFFER MARIA VENERA GIL

Firma del Trabajador Independiente

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

www.positiva.gov.co